FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884 — N° 145

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 février 1884, à 1 heure

Par G. NANU,

Né à Berlad (Roumanie), le 2 mars 1860.
Ancien externe des hôpitaux.

CONSIDÉRATIONS
SUR LES OSTÉOMES SOUS-PÉRIOSTIQUES
DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE

Président : M. TRÉLAT, *professeur.*
Juges : MM. { GUYON, *professeur.*
JOFFROY, RECLUS, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. DAVY, Successeur
52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	TARNIER
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) JACCOUD. HARDY. POTAIN.
Clinique des maladies des enfants	N.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	PAJOT.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :
M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	HALLOPEAU.	PEYROT.	RIBEMONT.
BOUILLY.	HANOT.	PINARD.	RICHELOT.
BUDIN.	HANRIOT.	POUCHET	RICHET.
CAMPENON.	HENNINGER.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert).
DEBOVE	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
GUÉBHARD.	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
	KIRMISSON.	RENDU	TROISIER.
	LANDOUZY.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TRÉLAT

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine.
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien des hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS LANCEREAUX, TERRIER,
G. SÉE.

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

OSTÉOMES SOUS-PÉRIOSTIQUES

DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE

INTRODUCTION.

Parmi les nombreuses tumeurs de toute nature de l'os maxillaire inférieur, celles qui sont de nature osseuse occupent, quant à leur fréquence, une assez large place.

Depuis que Forget, Broca, nous ont appris à connaître les productions morbides en rapport avec les dents, la science s'est enrichie chaque jour de faits semblables. Mais, à côté des odontomes, d'autres tumeurs osseuses, qui ne sont point tout à fait étrangères aux autres parties du squelette, et constituées essentiellement par du tissu osseux ne présentent pas un moindre intérêt. Le modeste travail que nous entreprenons a pour but de mieux les connaître, afin d'éviter, d'une part, les erreurs de diagnostic faciles à commettre comme cela est arrivé à d'excellents chirurgiens et, d'autre part, de complé-

ter, s'il nous est permis de l'avancer, un coin encore obscur, croyons-nous, de la pathologie de la mâchoire inférieure.

En effet, bien qu'une description d'ensemble de ces tumeurs ait été donnée dans les ouvrages classiques, on trouve bien peu d'indications bibliographiques et surtout très peu de faits dans la science se rapportant à notre sujet.

Nous n'avons rien trouvé dans l'ouvrage de Bordenave (Mém. sur quelques exostoses de la mâchoire inférieure, 1774), in mém. de l'Acad. de chirurg., édit. 1819, t. V, Paris, ni dans celui de Jourdain (Mal. chir. de la bouche, t. II, 1778, n° 31312).

Non seulement il n'y a pas d'observations de ce genre, mais ces auteurs ne mentionnent seulement pas les ostéomes de la mâchoire.

Dans l'ouvrage de Virchow (Pathol. des tumeurs, trad. franç., Paris, 1867-69), à part ces généralités sur les tumeurs osseuses, que nous mettrons plus tard à profit (p. 16, t. II), il n'y a rien ou à peu près. Il dit seulement (p. 51, t. II), « les ostéomes des maxillaires sont particulièrement fréquents, surtout ceux de la mâchoire inférieure, » ce qui est une erreur et provient de ce qu'il parle de toutes les tumeurs osseuses des maxillaires de quelque nature qu'elles soient. Astley Cooper (Œuvres chirurg., trad., franç., 1837, p. 595) comprend les tumeurs malignes aussi sous la dénomination d'exostoses. Et voici ce qu'il dit relativement à celles-ci : « J'ai à présent à l'hôpital de Guy un cas d'exostose du maxillaire inférieur, dans lequel la tumeur a pris origine dans la membrane médullaire et dans le tissu spongieux de

l'os. » Et plus loin : « Il y a dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas une exostose spongieuse d'un volume considérable. Je ne possède point l'histoire de la maladie, seulement j'ai appris de M. Cline qu'elle s'était développée sur l'os maxillaire intérieur. »

Et encore (p. 600) : « Exostose médullaire cartilagineuse, deux observations. » Et parlant de la comparaison comme cause d'exostoses périostales cartilagineuses, il dit : « M. Cline, M. Hutchinson et moi-même avons été consultés pour une tumeur de cette espèce, située sur la symphise du menton et qui avait été produite par une pression considérable longtemps exercée sur cette partie. »

J'ai cité ces faits comme négatifs et ne se rapportent par conséquent pas à notre sujet.

O. Weber (Pitha et Billroth) ne dit rien non plus dans ses généralités sur les exostoses.

Le Dentu (Revue mensuelle de méd. et chirurg., novembre 79; « Périostose diffuse, non syphilitique, des os de la face et du crâne, » et Gazette des hôpitaux, octobre, n° 118, « Hypertrophie diffuse des maxillaires »), que nous retrouverons au chapitre du diagnostic, parle sur un sujet qui, nous croyons, n'a rien à faire avec le nôtre. Enfin, si on consulte quelques monographies spéciales qui ont été faites sur les tumeurs du maxillaire inférieur, on ne trouve rien non plus; H. Rivière (thèse de Paris, 1876); H. Arnal (thèse de Paris, 1880); Foix (Arch. gén. de méd., mars 1874, t. I, p. 320). Nous en dirons autant de la Revue du professeur Hayem, de l'Union médicale et autres journaux périodiques, qui ne fournissent que de rares indications.

On trouve dans les Archives de Langenbeck, n° 25, 1880, p. 433, une statistique qui montre que, sur 23 cas d'ostéome, en général, il n'y a eu, dans un intervalle de vingt-quatre ans, dans trois des plus grands hôpitaux de Vienne, qu'un seul cas d'ostéome de la mâchoire inférieure et quatre de la mâchoire supérieure. Et encore on ne nous dit pas si c'était un odontome ou autre tumeur osseuse.

Le « Compendium de chirurgie, » t. III. p. 606, se borne à signaler leur rareté. Quant à la description qu'on trouve de ces tumeurs dans Follin et Duplay, t. IV, p. 756, et dans le Dictionnaire Déchambre (article ostéome de la mâchoire inférieure), elle donne quelques signes qui sont très exacts.

Un des auteurs allemands qui se sont le plus occupés des tumeurs de cette nature, O. Weber, leur consacre quelques lignes dans l'ouvrage de Pitha et Billroth (Handbuch der Allgemeinen und speciellen chirurgie, t. III, Band 1, Abth., p. 305), et faisant mention d'une observation de Volkmann, rapporte deux autres cas personnels. Mais on ne trouve pas d'observation détaillée.

On trouvera dans la « Revue médico-chirurgicale, » 1847, p. 79, Roux, Mémoire sur les exostoses et les opérations, une observation très courte d'ostéome, siégeant sur la partie moyenne de la mâchoire inférieure. L'auteur se borne à rapporter le manuel opératoire : formation d'un lambeau sous le menton, ablation de la tumeur, guérison sans cicatrice apparente.

Huguier (in Société de chirurgie, p. 395, t. III, 1852-53), présente un garçon sur lequel il a pratiqué l'ampu-

tation et la désarticulation de la moitié gauche de la mâchoire inférieure. La guérison fut complète. La pièce pathologique démontre qu'il s'agissait d'une exostose. Dans trois cas déjà, Huguier a suivi un procédé opératoire sur lequel il fixe l'attention de la Société. Il se contente d'une seule incision horizontale qui, partant de la commissure labiale, va jusqu'au-dessous du lobule de l'oreille. Cette incision permet de ménager le nerf facial et cependant ne rend pas plus difficile la désarticulation. En outre, la difformité reste très peu apparente.

Dans « l'Atlas der Pathologie der Zähne, » Leiptzig, 69, fig. 138, de Heider und Wedl, se trouvent figurées plusieurs petites exostoses de la mâchoire qu'il dit être non syphilitiques. Ce cas ne présente la moindre importance pour notre sujet, aussi nous ne faisons que le citer.

Enfin, pour être complet, nous devons faire mention de quelques indications qui pourraient être consultées avec profit, mais que nous n'avons pas pu trouver même à Bonn, où nous nous sommes adressé.

Gencick (Ritter. V). Ostéome du maxillaire inférieur. In über Exostosen und Ostéophyten. Erlangen, 1846, p. 13 et 3, pl. II, fig. 6.

O. Weber. Knochengeschw ülste. Bonn, 1856, pl. II, fig. 4; pl. IV, fig. 1.

Du même. Dic exostosen und Enchondrome. Bonn, 1856.

Wirth (C.-G.). Diss. inaugur. De resectione mandibulac partiali. Bonn, 1854. Ostéome du maxillaire inférieur.

Quant aux autres indications bibliographiques con-

sultées, on les trouvera à la fin, au chapitre des observations.

Nous ne saurions clore ce chapitre sans adresser, avant d'entrer en matière, nos remerciements à notre président de thèse, M. le professeur Trélat, auquel nous devons deux observations qui ont fait le sujet d'une de ses intéressantes leçons cliniques et qui ont été notre point de départ. Nous le remercions aussi des savants conseils que nous avons cherché à mettre à profit dans la rédaction de ce qui suit.

DEFINITION.

Les tumeurs qui nous occupent sont de nature osseuse et d'origine périostique, aussi pourrait-on les appeler hyperostoses, mais leur manière de se comporter, ainsi que les indications opératoires qu'elles fournissent, justifient la qualification du mot tumeur.

Nous éliminons les ostéomes intra-osseux, c'est-à-dire les enostoses qui sont d'une extrême rareté et même contestables, ainsi que les odontomes. En effet, bien que le travail physiologique ou pathologique de l'appareil dentaire ne soit pas le plus souvent indifférent quant à la production de ces tumeurs, elles n'ont pourtant pas le moindre rapport avec les odontomes. Et si avant Forget et Broca une pareille confusion a été commise, après les travaux de ces auteurs, celle-ci ne peut plus avoir raison d'exister. — Quant à l'hypertrophie diffuse des maxillaires et, en général des os de la face, on verra ce que nous en pensons au chapitre du diagnostic.

Pour être complet, ajoutons aussi que ces tumeurs rentrent dans le groupe des exostoses symptomatiques de la classification des tumeurs osseuses. Et si on classifie les exostoses comme l'a fait O. Weber en prenant en considération leur forme et leur mode d'implantations sur l'os : 1) exostoses en pointes, 2) pédiculées,

3) à large base, enfin 4) exostoses tendant à l'hyperostose, nos tumeurs rentrent dans ce dernier groupe.

L'hyperostose diffère, on le sait, de l'exostose, en ce qu'elle occupe la totalité ou la plus grande partie de l'os et qu'elle est le plus souvent la suite d'inflammations soit aiguës soit chroniques.

SYMPTOMES.

Le début de cette affection est lent et insidieux, le plus souvent l'attention du malade n'est attirée que par la déformation du visage et alors que la tumeur a acquis un volume assez notable. Il se fait soigner quelquefois pour une dent malade et celle-ci est arrachée.

Avec la marche lente, mais progressive de la formation morbide, il survient à côté de la déformation, des troubles fonctionnels, mais il faut le savoir, souvent ceux-ci n'existent pas. Nous verrons bientôt, en effet, que la parfaite indolence est presque de règle et, quant à la mastication, à la phonation, celles-ci ne sont entravées que lors d'un volume considérable de la tumeur. La douleur, quand elle existe, présente plusieurs variétés quant à son siège et son intensité. Des douleurs intermittentes peuvent arriver par suite de la carie dentaire et se rattachant à celle-ci. Le tenneur, dans le cas qu'il a observé, fait mention d'une douleur présentant un caractère intermittent fort remarquable : elle durait, en général, cinq à six jours et se calmait complètement pendant une semaine pour reparaître ensuite. C'était une simple névralgie qui ne se rattachait pas à la production morbide, car la douleur se montra encore après l'opération. — Dans le cas de M. Trélat, la douleur était tellement vive que la résection de la mâchoire seule-

ment a pu mettre terme aux souffrances qui poussaient le patient au suicide.

Il n'est pas prouvé q e celle-ci puisse reconnaître pour cause une compression nerveuse, ce qu'on est porté à croire. Et, bien que Vittadini ait trouvé les trous mentonniers effacés le plus souvent, les trous nourriciers des os sont respectés par les tumeurs osseuses. Quoi qu'il en soit de la genèse de ces douleurs, tous les auteurs s'accordent à dire qu'elles sont exceptionnelles, ce que d'ailleurs prouvent nos observations, et que l'indolence parfaite, au contraire, caractérise de semblables tumeurs. Ceci s'applique non seulement à la douleur spontanée, mais encore à celle provoquée par la pression et l'exploration locale de la région. Un enfant peureux pourra induire en erreur celui seulement qui ne saura se mettre en garde contre les craintes qu'il pourrait inspirer à un pareil malade. Si nous insistons tant sur cette indolence, c'est pour éviter l'erreur qui consisterait à voir autre chose qu'une tumeur bénigne.

S'il y avait des phénomènes inflammatoires intenses, les muscles masticateurs comme les masséters, par exemple, pourraient se contracturer et rendre ainsi difficile l'ouverture de la bouche, mais, comme l'inflammation n'existe qu'à un léger degré, ceci ne se voit pas. La difficulté de la mastication et, par suite, l'entrave à l'alimentation, existait chez le malade de Fleury, mais d'une façon toute mécanique : la tumeur ayant un siège insolite sur la branche montante de l'os avait apporté entrave aux mouvements de l'articulation temporo-maxillaire, l'ouverture de la bouche était très limitée et le malade fut réduit à l'usage d'aliments liquides.

Enfin, la mastication peut être difficile par le fait même du grand développement de la tumeur (malade de Warren).

Comme autre trouble fonctionnel, il y a à compter encore avec celui de la phonation, les malades pouvant avoir quelquefois de la difficulté à parler.

L'inspection simple du visage fait voir une déformation plus ou moins grande de celui-ci, suivant le volume de la tumeur, mais rien autre chose ; nous voulons parler des parties molles qui ne présentent pas la moindre altération. Il n'y a pas d'adhérence, en effet, de celles-ci aux parties sous-jacentes, c'est à dire à la tumeur, mais glissant, au contraire, sur elle. On a noté toutefois dans certains cas, et alors que la tumeur avait manifestement une origine inflammatoire, une tuméfaction des parties molles. Celle-ci pouvait alors faire croire à une marche rapide et à une rapide augmentation de volume de la tumeur, ce qui aurait été préjudiciable au diagnostic. Nous en dirons autant des ganglions auxquels se rendent les lymphatiques de cette région. Ils ne présentent pas, il est à peine besoin de le dire, la moindre altération et, pourtant, pour peu qu'ils soient plus gros qu'à l'état normal ou légèrement enflammés, ils peuvent facilement conduire en erreur. Les ganglions que M. Trélat a extraits étaient dans ce cas, et, comme on le verra dans son observation, le diagnostic précis n'a été mis que pendant l'opération.

Lorsque l'on palpe avec soin le maxillaire, on constate une surface unie, lisse, dépourvue de bosselures et, caractère très important, d'une dureté absolue. Cela a été noté par tous les auteurs qui se sont occupés de cette

question et a été noté avec soin par M. Trélat sur son malade. La résistance de la tumeur est la même dans quelque point qu'on l'explore, et quand des bosselures existent, ce qui est rare, celles-ci ont absolument la même dureté que sur les autres portions de l'os. La résistance enfin ne varie jamais avec les progrès de l'affection. Ainsi donc, consistance grande et égale indifféremment du lieu où on la cherche et de la marche de l'affection.

L'exploration buccale, qu'on devra pratiquer avec un soin minutieux, rend de très grands services. Elle fait tout d'abord constater que les dents sont en nombre normal, et il ne faut jamais manquer de les compter, afin d'éviter la confusion avec les odontomes. Les dents de sagesse peuvent avoir fait leur éruption ou non, et une ou plusieurs dents sont cariées ou bien manquent, mais parce qu'on les a arrachées. Le bord alvéolaire ne présente pas d'irrégularité ; on ne note aucune inflammation des gencives et, souvent, comme l'une des faces seulement du maxillaire est intéressée, on constate qu'une de celle-ci, de préférence l'interne, est parfaitemont normale et dépourvue de toute saillie de nouvelle formation. Ceci ne manque pas d'avoir de l'importance, car on est autorisé par suite à éliminer les tumeurs amenant l'écartement des deux lames de l'os maxillaire.

Quant à l'état général, il n'y a rien à noter, et, vu la bénignité de la tumeur, il n'y a pas lieu de s'en étonner. Mais existe-t-il un état général ou diathésique qui pourrait être incriminé à l'origine de cette affection ? Les observations qui existent ne plaident pas en ce sens.

MARCHE. — PRONOSTIC.

Un mot seulement concernant la marche et le pronostic de ces tumeurs. Elles sont lentes à progresser et à s'accroître, et leur durée se compte par des mois, rarement par des années. Il est probable qu'elles restent stationnaires le plus souvent. Une fois, en effet, que le périoste n'est plus irrité, il n'y a plus de raison pour qu'il donne naissance à de nouvelles couches osseuses. Quant au pronostic de ces tumeurs, on peut dire qu'elles n'ont jamais été la cause de la mort des malades qui les portaient. La bénignité, toutefois, n'est que relative, si nous considérons les opérations auxquelles les troubles fonctionnels peuvent quelquefois obliger d'avoir recours. Alors même qu'après une pareille opération on réapplique le périoste sur l'os duquel on a enlevé la tumeur, on constate toujours, dans un avenir plus ou moins éloigné, une légère augmentation d'épaisseur de l'os.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les ostéomes de la mâchoire inférieure peuvent siéger sur différentes portions de l'os, toutefois, la face externe de la branche horizontale et son angle parais sent être leur lieu d'élection. Quant à celles qui prennen naissance à l'intérieur de l'os pour ne se frayer qu plus tard une voie à l'extérieur, elles sont extrêmement rares et mises même en doute par des auteurs comme O. Weber et ceux de l'article du Dictionnaire Déchambre qui les passent sous silence.

Leur forme est aplatie plutôt qu'arrondie; elles présentent très rarement à leur point d'implantation un pédicule les rattachant à l'os. Elles constituent une masse osseuse surajoutée pour ainsi dire à la surface de l'os et se mettant en rapport avec celle-ci sur une grande étendue, au point qu'elles constituent de véritables hyperostoses (O. Weber).

Leur surface est lisse et unie; on a rarement noté, en effet, des rugosités. Le maxillaire se trouve naturellement déformé, il devient d'un poids quelquefois double de celui qui est normal, l'échancrure sigmoïde tend quelquefois à disparaître, le condyle s'est trouvé modifié dans un cas. Quant aux trous dentaire et mentonnier, ils persistent et ne souffrent pas de cette altération (Nélaton) comme cela s'observe d'ailleurs pour les autres trous nourriciers quand les os sont atteints d'exostoses : trou du tibia, etc...

Le bord alvéolaire n'est point changé, tout au plus a-t-on noté un serrement des dents l'une contre l'autre. Enfin, on peut trouver des dents cariées ou bien la dent de sagesse en éruption.

Le périoste qui recouvre la tumeur est épaissi (Weber, Trélat), vascularisé, un peu inégal à sa surface profonde. Le tissu fibreux qui le recouvre est un peu dense et d'apparence lardacée. Quant à la tumeur osseuse de nouvelle formation, elle est fortement résistante et dure au point qu'on a comparé ce tissu éburné au cal des fractures. O. Weber (loc. cit., p. 305) rapporte deux faits observés par lui où la tumeur pouvait être considérée comme une véritable hyperostose. Elle était formée par un tissu osseux très vasculaire intimement uni à la lame compacte du maxillaire. Elle avait l'apparence d'un cal solide. Le tissu spongieux de l'os était sclérosé et le périoste épaissi. Enfin, il donne une figure représentant la coupe d'un ostéome siégeant au niveau de l'angle de la mâchoire : on y voit un tissu compact, deux dents molaires et le canal alvéolaire intact. L'auteur de l'article maxillaire du Dictionnaire Déchambre, F. Guyon, mentionne des faits de ce genre; la nature inflammatoire de la lésion était, en outre, évidente.

Paget, in Lectures, on surgical Pathology, 3e édit., 1871, p. 536, cite deux cas d'ostéomes de la mâchoire inférieure. L'un se trouvant au musée du Collège (probablement de Londres), formant une tumeur de trois pouces de diamètre, et qui enveloppe l'angle droit de la mâchoire. Tout le tissu qui la constitue est aussi dur et lourd que l'ivoire. L'autre, se trouvant au musée ana-

tomique de l'Université d'Edimbourg, présentant les mêmes caractères. On s'aperçoit facilement de la dureté de ce tissu pendant le courant de l'opération qui devient très laborieuse (Trélat). L'os ne présente pas une vascularisation trop abondante. Enfin, notons que dans son cas, M. Trélat est arrivé, après avoir enlevé la tumeur au moyen de la gouge et du maillet, sur la surface externe du maxillaire qui était assez nette pour qu'il ait pu rendre à l'os son aspect normal.

L'examen microscopique fait voir, outre l'altération irritative du périoste et particulièrement de sa couche ostéogénique, tous les caractères du vrai tissu osseux normal : cellules osseuses, avec leurs corpuscules osseux, canaux de Havers avec leurs vaisseaux et leur moelle habituelle (Cornil). N'était leur direction, de préférence perpendiculaire à la surface de l'os, ce qui est déterminé par la direction des vaisseaux ostéo-périostiques, et le caractère éburné de ce tissu, on pourrait le comparer à celui qui constitue la lame compacte de tous les os longs. Les ostéomes spongieux, bien qu'admis en principe pour les tumeurs de ce genre, ne se rencontrent pas à la mâchoire inférieure. Caractère important enfin, ce tissu n'a pas le moindre rapport avec celui des dents, ce qui, au point de vue du diagnostic anatomique, permet d'éliminer les odontomes. Quant aux sarcomes de cette région qui s'ossifient, ceux que Müller désignait sous le nom de cancer ostéoïde, le diagnostic d'avec les ostéomes n'est pas difficile. D'une part, ceux-ci sont souvent simplement calcifiés; d'autre part, le tissu osseux, s'il existe, se présente avec un tout autre carac-

tère et est accompagné d'autres éléments comme les myéloplaxes.

Il n'y a rien à noter du côté des parties molles qui se trouvent en parfait état normal ; elles n'ont à subir de la part de ces productions que la compression, et comme le développement de ces tumeurs est très lent, celle-ci est inoffensive. Quant à l'adénite, quand elle existe, elle se rattache plutôt à une altération des dents.

ETIOLOGIE. — NATURE.

L'affection est très rare. Tandis que, en effet, ces tumeurs sont presque habituelles aux maxillaires supérieurs, les inférieurs en sont rarement atteints. On trouve, il est vrai, dans quelques auteurs, une assertion toute contraire à celle-là, et Wirchow, loc. cit., dit, par exemple, que les ostéomes des maxillaires sont particulièrement fréquents, surtout ceux de la mâchoire inférieure; mais, comme le font remarquer les auteurs du Compendium de chirurgie, c'est là une erreur qui s'explique par la confusion qu'on a fait entre les ostéomes proprement dits et les autres tumeurs osseuses de la mâchoire inférieure comme les kystes et les odontomes.

Les sujets jeunes paraissent être prédisposés à la production de ces tumeurs. La congestion qui accompagne l'éruption et la formation des dents, la vitalité très active des os de la face et en particulier du maxillaire inférieur qui existent dans l'adolescence, enfin la disparition tardive de la vascularisation abondante et de l'épaississement du périoste qui se conservent plus longtemps autour des os qui, comme les maxillaires, ne sont pas précédés par un cartilage dans leur développement; voilà des raisons qui pourraient expliquer cette prédisposition.

L'éruption de la dent de sagesse doit être particulièrement incriminée comme cause du travail irritatif. Magitot (Arch. génér. de méd., t. VI, 1881, p. 665),

dit à cet égard : « L'ostéo-périostite du maxillaire est la forme initiale constante qu'affectent les accidents osseux de la dent de sagesse. Le processus peut être lent, chronique et aboutit à ces indurations sous-périostiques de la mâchoire inférieure qu'on observe ordinairement à la face externe, et qui déforment aussitôt la joue. Cette forme lente est, en général, soumise à des alternatives de décroissances et de poussées aiguës. Il ne se produit point d'abcès ni de suppuration. Du côté de l'alvéole, les douleurs sont nulles, surtout dans l'intervalle des crises aiguës », et plus loin, page 673, relativement aux néoplasmes dans leur rapport avec l'éruption de la dent de sagesse, voici ce qu'il dit : « Tantôt ce sont des ostéomes, ainsi qu'en décrivent les auteurs du Compendium. » Ceux-ci citent, en effet, un cas d'ostéite simple sans suppuration présenté par Maisonneuve à la Société de chirurgie, se rattachant à l'évolution difficile de la dent de sagesse.

La carie dentaire, comme paraît le montrer une des observations de M. Trélat, peut être le point de départ de cette irritation sous-périostique.

Le traumatisme, sous forme de coups, contusions, compression, doit être noté aussi. Volkmann (1) cite un exemple d'ostéome de la mâchoire inférieure à la suite d'un coup de pied de cheval. La tumeur avait acquis le volume d'un gros poing. Elle occupait toute la moitié gauche de la portion horizontale de la mâchoire.

Astley Cooper invoque la compression dans un cas

(1) Pitha et Billroth. Bd. abth 2, 1865, p. 428. Ostéome de la mâchoire chez une vieille femme, avec figure dans le texte.

qu'il a observé avec Cline et Hutchinson. La tumeur siégeait sur la symphise du menton. La pression a été considérable et longtemps exercée, mais il ne dit pas à quoi celle-ci était due.

Quant aux diathèses et états généraux, nous en parlerons seulement pour les éliminer. Bien que Vittadini rattache son cas à la scrofule, et quoique Follin et Duplay incriminent la syphilis, avec l'auteur de l'article Mâchoire du Dictionnaire Dechambre, F. Guyon, nous dirons que nous ne connaissons aucun cas d'ostéotome de la mâchoire qui soit diathésique et sur tout syphilitique.

Ajoutons aussi que dans quelques cas comme dans celui de Syme (Contributions to the Pathol. und Practice of surgery et Heath, loc. cit., p. 304), qui était un ostéome de la branche montante du maxillaire et qu'il a enlevé en même temps que la branche, il n'est pas fait mention de la cause déterminante de la maladie.

Que penser enfin de la nature de cette affection ? L'irritation ou pour mieux dire l'inflammation nous semble avoir un vrai rôle dans la production de ces tumeurs. L'épaississement du périoste qu'on a signalé dans le courant de l'opération, l'injection vive de celui-ci, la dureté du tissu osseux qui dénote une ostéite condensante ; la provenance périostale de la production osseuse nous font émettre cette opinion. Le point de départ initial qui, comme nous l'avons vu, est dans le travail physiologique ou pathologique de l'appareil dentaire, plaide dans le même sens. Ne sait-on pas d'ailleurs que des formations osseuses peuvent s'observer dans tous les tissus de substance conjonctive et principalement les aponévroses, les muscles, la dure-mère et l'œil ? Le

périoste, par sa couche médullaire, blastème sous-périostal d'Ollier, est mieux disposé, plus que tout autre tissu, pour fournir à la production de l'os.

Le tissu médullaire de l'os (le blastème sous-périostal en fait partie), dans lequel, suivant l'expression de Ranvier, l'os baigne, est en effet le siège des phénomènes nutritifs et pathologiques les plus importants dans l'os. L'accroissement des os en épaisseur, l'hyperostose lors des ulcères de la jambe; enfin, celle qui nous occupe, lui sont attribuables. Des lors, comment expliquer le mot tumeur puisqu'il y a inflammation? C'est uniquement la forme, le volume, les indications thérapeutiques, toutes conditions obligeant le chirurgien à se comporter avec ces productions comme il le ferait avec les tumeurs en général, qui nous ont fait adopter cette dénomination.

C'est là d'ailleurs l'opinion du professeur Trélat et de M. F. Guyon, à laquelle nous nous rallions complètement.

DIAGNOSTIC.

Nous n'hésitons pas à dire que le diagnostic de cette affection est difficile; nous n'en voulons pour preuve que les hésitations qu'un cas de pareille tumeur a fait naître dans l'esprit des maîtres, tels que : Trélat, Verneuil, Gosselin. Le peu de fréquence de cette néoformation osseuse, la multiplicité de variétés des tumeurs de la mâchoire et, en particulier, de celles osseuses, et, d'autre part, les lésions nombreuses de l'appareil dentaire, font qu'on ne songe pas à elle. Bien que l'affection soit bénigne, à moins qu'on ne se propose de faire le diagnostic précis pendant l'opération, comme cela a été fait par M. Trélat, l'erreur aura pour conséquence de porter un mauvais pronostic, et, quand on intervient par l'opération, de s'exposer à réséquer la mâchoire au lieu d'enlever seulement la tumeur.

La question première à résoudre, tant au point de vue du pronostic que de l'indication à suivre, c'est la suivante : la tumeur est-elle de bonne ou de mauvaise nature? Tout en se rappelant les deux caractères principaux et importants des ostéomes, c'est-à-dire leur extrême dureté et leur indolence, il faut savoir, cependant, que des erreurs en ce sens ont été commises. S'il y a de légères souffrances, et pour peu que le travail irritatif périostique soit accompagné d'un gonflement des parties molles, voire même d'une adénite rétro-maxillaire, cela fera croire à une marche rapide de la tumeur,

et on pourra alors admettre un cancer. Ici donc, comme partout ailleurs, il faut tenir compte de l'âge, de l'état général, des commémoratifs, de l'adhérence des parties molles. Il faut chercher si les gencives sont en bon état, si elles ne sont pas vascularisées, s'il n'y a pas de stomatorrhagie, tous symptômes habituels des néoformations de nature maligne.

A une période avancée des bourgeons fongueux, les mollaires sortent à travers les alvéoles, les ganglions sous-maxillaires ou autres sont pris. Quant au sarcome, qu'il soit central ou sous-périostique, le diagnostic est entouré de réelles difficultés à sa première période. Il arrive alors, en effet, que la tumeur, bridée par le périoste ou contenue dans l'intérieur de l'os, affecte une marche lente et ne s'accompagne pas de phénomènes douloureux. Mais, plus tard, le périoste étant détruit, la tumeur fait en peu de temps des progrès rapides et devient facilement reconnaissable. Une fois les tumeurs malignes éliminées, considérons les autres néoformations de la mâchoire et, tout d'abord, arrivons à ce qu'anciennement on appelait kystes maxillaires, c'est-à-dire aux kystes dentaires et aux odontomes. L'absence d'une ou de plusieurs dents qui n'ont jamais fait éruption à la rangée alvéolaire, c'est là par dessus tout le caractère important de ces tumeurs. Mais comme ce signe peut ne pas être toujours très apparent, il faut ne pas se contenter de la simple inspection, mais compter avec soin les dents. Une arcade dentaire peut être, en effet, des plus régulières, même en l'absence de plusieurs dents. Il faut savoir aussi que ce caractère fait nécessairement défaut lorsque l'affection a son origine

dans un germe surnuméraire. Les autres signes sont : le siège de l'affection sur la portion alvéolaire de la mâchoire, le bruit parcheminé, connu sous ce nom depuis Dupuytren, dans les cas de kystes, et enfin l'origine éloignée et remontant au jeune âge et plus particulièrement à l'époque de la seconde dentition. Ce qui exclue encore l'odontome, c'est l'intégrité de l'une des lames compactes du maxillaire dans l'ostéome. En outre, le non écartement des deux lames du maxillaire inférieur, car nous avons vu que la tumeur étant pour ainsi dire surajoutée à l'os sain, caractérise encore l'ostéome.

Les exostoses cimentaires ou fibroïdes des dents qui se séparent des odontomes, parce qu'ils ne se rattachent plus au développement de ces organes, n'atteignent jamais un volume leur permettant de former tumeur, aussi sont-elles diagnostiquées avant l'extraction de la dent malade.

Parmi les tumeurs d'origine non dentaire, celles qui sont liquides, c'est-à-dire les kystes, se reconnaissent à des caractères bien nets : crépitation parcheminée, transparence dans les portions sous-gingivales de la tumeur, irrégularité, bosselures de celle-ci et caractère important, consistance inégale des différentes portions de la tumeur en rapport avec le degré d'amincissement ou de résorption de la coque osseuse. A cette occasion et pour montrer la possibilité d'une pareille erreur de diagnostic, nous rapporterons le fait suivant :

Chassaignac (Soc. de chir., 1859) présente un ostéome de la mâchoire inférieure; Verneu ilet Lenoir veulent que ce soit un kyste maxillaire. L'opération leur a donné raison.

Les fibromes sous-périostiques se distinguent par leur élasticité, et quoique ayant une surface lisse, celle-ci est arrondie, nettement circonscrite. Quant aux chondromes, nous laissons de côté les enchondromes, qui, quoique d'un diagnostic difficile et à peu près impossible à reconnaître, sont extrêmement rares. Les périchondromes ou chondromes sous-périostiques, présentent encore une résistance inégale, et, selon les points que l'on explore, on note une consistance qui varie depuis la fluctuation la plus franche jusqu'à la dureté osseuse. Enfin, caractère important avec les progrès de l'affection, les tissus ambiants sont envahis et s'ulcèrent.

Considérons encore l'hypertrophie diffuse des maxillaires, celle que Le Dentu appelle périostose diffuse non syphilitique des os de la face et du crâne, et que Virchow, pensant qu'elle pourrait être rapprochée de l'éléphantiasis des parties molles de la face, avait nommé leontiasis ossea. Epaississement et augmentation de volume à marche graduelle de plusieurs os symétriques, extension des altérations de la face où elles commencent généralement au crâne lui-même, difficulté de la mastication, compression de la masse encéphalique amenant des symptômes graves fonctionnels de ce côté, mort au bout d'un temps assez long. Voilà ses caractères. On le voit, l'erreur n'est possible que tout à fait au début de l'affection, si celle-ci commence toutefois par le maxillaire inférieur, ce qui est extrêmement rare et l'exception.

Comme dernier moyen de diagnostic, enfin, et ne manquant pas d'avoir de bons résultats, dans les cas

où on conserve quelque doute encore sur la nature du tissu, nous conseillerons la ponction exploratrice, faite avec une simple aiguille ou, ce qui est encore mieux, avec un trocart à harpon permettant de ramener au dehors une parcelle de la tumeur.

TRAITEMENT.

On penserait tout d'abord, vu l'origine et la nature inflammatoire de ces tumeurs, qu'un traitement antiphlogistique puisse être un bon moyen à employer contre elles. Or, cela a été fait et sans le moindre résultat. Ce ne serait d'ailleurs que tout à fait au début de l'affection qu'on devrait user de ce moyen, puisqu'on peut difficilement admettre, alors que la tumeur est déjà développée, une résorption du tissu osseux de nouvelle formation, mais on sait qu'à cette époque l'affection passe inaperçue et pour le médecin et pour le malade.

Duplay conseille un traitement antisyphilitique s'il y a lieu. Evidemment, on le fera si on constate des antécédents manifestes de cette diathèse ; mais, nous l'avons déjà dit, on ne connaît pas encore d'ostéome de la mâchoire de nature syphilitique. Quant au procédé suivi par Baudon et qui consiste à attaquer la tumeur par la pâte de Canquoin, nous le croyons trop mauvais pour qu'il mérite d'être conseillé.

Reste donc l'opération. On enlèvera la tumeur toutes les fois que son volume et les désordres qu'elle a produits pourront le permettre. Cela est indiqué par la difformité, et les troubles fonctionnels, quand ils existent, et on est autorisé, d'autre part, d'intervenir, alors que, craignant une tumeur de mauvaise nature, on se propose

de faire le diagnostic exact pendant le courant de l'opération. En dehors de ces cas, l'expectation est évidemment la méthode à suivre. Relativement au manuel opératoire, nous n'avons que peu de chose à dire. On devra tâcher de ne pas pénétrer dans la cavité buccale et, pour éviter la nécrose et l'exfoliation du maxillaire, on conservera le périoste afin de l'appliquer ultérieurement sur l'os. On enlèvera ensuite la tumeur par couches successives à l'aide de la gouge et du maillet. Ce sera laborieux, mais le résultat sera bon.

Enfin, il est des cas où la résection totale ou partielle de l'os demande à être pratiquée, comme cela a été fait, mais le plus souvent une connaissance approfondie de la nature et du siège de la tumeur permettra de se borner à l'ablation simple de celle-ci.

CONCLUSIONS.

1°) L'os maxillaire inférieur, en dehors des lésions qui lui sont communes avec les autres parties du squelette, présente encore des altérations spéciales en rapport avec le travail physiologique ou pathologique de l'appareil dentaire. Parmi ces dernières, il en est une sur laquelle l'attention des chirurgiens n'a pas été suffisamment attirée ; c'est celle qui nous a occupé.

2°) Les tumeurs osseuses de la mâchoire inférieure, si nous faisons abstraction des enostomes excessivement rares, et mis en doute par la plupart des auteurs, revêtent les caractères des exostoses. Toutefois, vu leur forme, leur siège, leur nature périostique, etc..., elles s'en différencient assez pour qu'on puisse leur donner le nom d'ostéomes sous-périostiques et pour qu'on puisse leur reconnaître des caractères spéciaux.

3°) Leur peu de fréquence, qu'on l'envisage d'une manière absolue ou relativement à la fréquence des autres tumeurs de la mâchoire, est la cause des erreurs de diagnostic. Avec une exploration attentive, il suffit de songer à elles dans un cas douteux pour éviter les méprises.

4°) Les états généraux, les diathèses, et en particulier la syphilis n'ont pas le moindre rapport avec cette affec-

tion, du moins le contraire n'a pas été signalé jusqu'à présent. L'irritation, un travail inflammatoire existent à leur origine, et les dents altérées peuvent souvent être incriminées.

5°) Leur structure et leurs caractères anatomo-pathologiques, qui sont ceux du véritable tissu osseux, suffisent à les distinguer des autres néoformations siégeant dans cette région, et particulièrement des odontomes.

6°) L'intervention chirurgicale doit se borner, dans la plupart des cas, à l'ablation de la tumeur, de manière à respecter l'os normal. Le traitement médical ne mérite que peu de confiance.

OBSERVATIONS.

Observation I de M. Trélat (1).

Ostéome de la mâchoire inférieure chez un jeune garçon.

Ce malade vient consulter M. Trélat à la fin du mois de décembre dernier pour une déformation de la figure due à une tumeur du maxillaire inférieur. Agé de 9 ans, il est d'apparence frêle et délicate, mais d'une bonne santé habituelle n'ayant jamais fait de maladie, et ne présentant aucun signe de diathèse caractérisée. Sa tumeur siégeait du côté droit; elle était assez volumineuse, et l'époque de son apparition remontait à environ 6 mois. Le médecin qui vit le malade pour la première fois, frappé de la présence d'une dent gâtée au niveau de la partie malade, fit le diagnostic de périostite d'origine dentaire. Il enleva cette dent qui était la seconde grosse molaire définitive, elle était assez profondément cariée. M. Trélat examina en effet cette dent, qu'on lui a présentée, mise dans l'alcool, et constata qu'elle avait été enlevée en même temps que son follicule qui était encore appendu au bout de la racine, et qu'enfin elle était incontestabe ment cariée.

La tumeur de la mâchoire, à partir de cette opération, continua néanmoins à croître. Le médecin qui le soignait voyant cela, et, d'autre part, s'apercevant de la marche insolite de cette périostite, envoya l'enfant à Paris.

M. Peyrot, qui l'examina tout d'abord, mit le diagnostic d'hyperostose enveloppant un séquestre dentaire.

Le malade venant consulter M. Trélat après, celui-ci fut tout d'abord frappé de l'indolence parfaite de la tumeur. L'enfant était fort peureux, et l'on aurait pu croire tout d'abord que l'exploration de

(1) Cette observation a fait l'objet d'une des leçons cliniques de M. Trélat. Elle paraîtra prochainement dans la *Semaine médicale*.

sa tumeur le faisait souffrir, mais en cherchant à dissiper ses craintes, on constatait sans peine qu'il ne souffrait nullement, même quand on appuyait très fort. Non seulement la douleur provoquée n'existait pas, mais encore celle spontanée faisait complètement défaut. Il s'assura en outre que la tumeur appréciable à la vue, était formée par une néoformation adhérente à l'os maxillaire. Cette tumeur recouvrait en totalité la face antérieure et le bord inférieur de toute la branche horizontale du côté droit de la mâchoire inférieure. La branche montante était couverte dans sa moitié inférieure seulement. Sa consistance était très ferme, très dure, sur quelque point qu'on explorait la tumeur. Ainsi en aucun point on n'y constatait la dépressibilité caractéristique que l'on rencontre si fréquemment dans les tumeurs osseuses de la mâchoire.

Quant à cette sensation toute spéciale donnée au doigt par la pression de l'os et que Dupuytren avait comparée au froissement du parchemin et que M. Trélat assimile à celle que produit la pression brusque du doigt exercée sur le boitier métallique d'une montre, elle manquait complètement. Pas de mollesse ou fluctuation enfin, mais au contraire, comme nous le disions plus haut, une fermeté quasi osseuse dans toute l'étendue du mal.

La tumeur ne présentait en outre aucune saillie, c'est-à-dire des inégalités et quoique un peu plus saillante à sa partie moyenne, elle était très régulière dans son ensemble et à sa surface complètement lisse.

Quant aux parties molles extérieures à la tumeur, elles étaient complètement saines.

Le malade n'avait pas la moindre peine à ouvrir la bouche, ce qu'on lui fit faire pour l'examen du maxillaire à sa face interne. Cela prouvait que l'inflammation de voisinage qui aurait pu exister, ne produisait pas la contracture des muscles masséters.

En examinant alors l'état de l'appareil dentaire, on vit que, sauf la dent de sagesse, toutes les autres dents avaient fait éruption. Une seule manquait, car elle avait été arrachée antérieurement, comme nous l'avons dit ; il ne pouvait être question par conséquent d'un arrêt dans son évolution. Le bord alvéolaire était régulier et au niveau du point occupé jadis par la dent malade, il était mince et tranchant ainsi que cela est de règle en pareille circonstance. Ce n'est qu'à quelques millimètres au-dessous et en avant de son bord libre qu'il s'élargissait pour se continuer avec la tumeur. Par contre la face in-

terne de l'os maxillaire n'est nullement atteinte. Aucune saillie, aucune tuméfaction en effet ne se voit en cet endroit. La tumeur ne se prolongeait donc nullement sur la face interne de l'os et occupait seulement sa face externe ainsi que son bord inférieur.

Une petite tuméfaction ganglionnaire, mais sans caractère spécial se faisait sentir derrière l'angle de la mâchoire du côté malade. Comme ces ganglions ont été enlevés pendant l'opération que M. Trélat fit, l'examen microscopique montra qu'ils étaient entièrement normaux.

En face d'une semblable affection, M. Trélat hésita à mettre un diagnostic précis et s'arrêta à celui qui lui parut le plus probable mais non pas certain : tumeur osseuse par évolution dentaire irrégulière et conseilla l'intervention opératoire. Si la tumeur était creuse on la viderait en fermant ensuite la plaie, si elle était solide, on verrait sa nature, on constaterait son degré de malignité et, suivant le cas, on en ferait l'ablation simple ou bien l'on enlèverait l'os maxillaire. Comme les parents hésitaient à accepter l'opération, ils allèrent consulter, suivant le conseil de M. Trélat, M. Verneuil. Ce dernier approuva complètement la conduite de M. Trélat et se refusa de même à poser un diagnostic précis, tout en conseillant l'opération.

L'opération fut alors pratiquée le 19 décembre. Avant de rendre compte de celle-ci, qu'on nous permette de rapporter ici les réflexions très instructives que M. Trélat fit à sa leçon clinique, relativement à la difficulté du diagnostic de cette affection. L'embarras en effet, était réel, puisqu'elle avait été considérée comme une périostite, comme une hyperostose se rattachant à un séquestre dentaire, et qu'elle avait fait hésiter MM. Trélat et Verneuil. Encore ce n'était pas tout, car M. Gosselin, qui fut aussi consulté, avait admis l'hypothèse d'une tumeur à myéloplaxes. On voit donc combien il devenait intéressant et nécessaire d'être sur fixé sa véritable nature. M. Trélait faisait à cet égard les réflexions suivantes :

L'indolence complète de la tumeur, sa dureté régulière dans tous ses points, l'absence d'ulcération de la face interne de l'os, la dentition normale, la présence de quelque phénomènes inflammatoires qui avait conduit à l'extraction d'une dent malade lui firent éliminer la tumeur à myéloplaxes et en général toute espèce de tumeur redoutable. L'hypothèse d'un kyste par inclusion dentaire et consécutif à l'existence d'une dent vicieusement implantée, la dent de sagesse par

exemple fut écartée aussi. Ces kystes sont fluctuants mais, cet âge il fut bien difficile de mettre en cause la dent de sagesse.

Les odontomes, quelle qu'en soit la variété, ont une évolution fort longue; ce n'est pas en six mois qu'ils acquièrent un volume semblable, mais en 2, 4, 5 ans et même plus. D'ailleurs, la régularité du bord alvéolaire, le nombre normal des dents s'opposaient à cette hypothèse.

La maladie kystique du maxillaire appartient à l'âge mûr, elle n'est pas d'origine dentaire, envahit la totalité de l'os avec grande lenteur.

Quant aux odontomes proprement dits, tumeurs formées par la prolifération du tissu dentaire lui même, ce sont là des tumeurs qui écartent les lames du maxillaire qui le défoncent de telle manière que le doigt perçoit à sa surface de nombreuses irrégularités de forme et de consistance.

Après ces crochets divers au travers des possibilités diagnostiques M. Trélat arrive à dire que c'est une tumeur osseuse par une évolution dentaire irrégulière. Mais ici se présentait un nouvel embarras. L'enfant n'a pas 9 ans; sa dentition est régulière, à l'exception de sa seconde molaire qui a été arrachée et de sa dent de sagesse. Or, ce n'est pas l'âge de la dent de sagesse et il faudrait que cet enfant fût bien précoce pour avoir une tumeur de la dent de sagesse.

Revenons à l'opération : l'incision étant faite sous le bord du maxillaire inférieur dans toute l'étendue de sa branche horizontale et après avoir lié l'artère faciale, M. Trélat enleva la petite masse ganglionnaire rétro-maxillaire et tomba sur des tissus blancs résistants et lardacés, ayant une épaisseur assez notable. Ceci ne rassurait nullement sur la bénignité de la tumeur. Comme nous l'avons déjà dit, en effet, il se proposait de se rendre mieux compte de la nature de la production morbide, pendant le courant de l'opération, ce qui contribuait encore à justifier l'intervention chirurgicale.

Arrivant enfin sur la tumeur, la pointe du bistouri montra qu'il s'agissait d'un tissu fort dur comme de l'os. Après l'incision du périoste, qui était épaissi, et après que celui-ci fut décollé et séparé de toute la surface de la production osseuse, celle-ci apparaissait, et on voyait qu'elle remontait en haut jusqu'au voisinage du bord alvéolaire, recouvrant la face antérieure du maxillaire et son bord inférieur. Une rainure profonde avec la gouge fut faite dans cette tumeur, ce qui lui démontra qu'elle était un ostéome, et de plus qu'il n'y avait aucun séquestre inclus dans son épaisseur. Alors, au moyen

du même procédé, toute la tumeur fut enlevée par couches ou portions successives, et on arriva sur la face externe de l'os maxillaire. Celle-ci avait conservé ses caractères normaux, et la tumeur n'était qu'adhérente à cette surface. Le tissu de la tumeur était dur, comparable au tissu du cal; aussi, l'opération n'était pas des plus faciles, mais assez laborieuse.

Une fois la tumeur enlevée, le périoste fut remis en place et appliqué sur l'os maxillaire et on termina l'opération.

Les résultats de cette intervention furent très satisfaisants, et bientôt après le malade était guéri; néanmoins, une légère tuméfaction, mais ne produisant plus de déformation de l'os maxillaire survint. Le périoste, qui était déjà assez épaissi, donna en effet naissance à une mince couche osseuse, d'autant plus que l'irritation dont celui-ci était le siège, a été accrue par le raclage qu'on fit de sa face profonde, afin de le débarasser des particules osseuses.

L'examen histologique du tissu de la tumeur a été fait; c'était du vrai tissu osseux, avec ses lamelles et corpuscules osseux. Il était plutôt compact et éburné que spongieux.

Observation II

(Seconde observation de M. Trélat et qu'il a rapprochée de l'autre).

Ostéome très douloureux de la mâchoire inférieure chez un adulte.

Il y a dix-huit ans environ, M. Trélat fut appelé par M. Millard, auprès d'un malade qui éprouvait des douleurs épouvantables du côté du maxillaire inférieur. Il était âgé de 45 ans environ. Ce fut en vain qu'un certain nombre de dents, qu'on incriminait comme la cause du mal, furent arrachées. Il en fut de même de tous les calmants qu'on avait administrés au malade. La douleur était tellement intense et intolérable, que cet homme ne mangeait plus, ne dormait plus, et la vie lui paraissait tellement intolérable qu'il était sur le point de se suicider.

L'examen local ne découvrit aucune inflammation, mais une tumeur osseuse de petites dimensions, étalée à la surface du maxillaire inférieur, avec lequel elle faisait corps. Au moyen d'un trocart à harpon, M. Trélat fit une ponction et ramena une parcelle de la tumeur.

M. Cornil fit son examen microscopique et ne trouva que du vrai tissu osseux. Comme les douleurs ne se calmèrent nullement, M. Trélat et Verneuil décidèrent qu'il y avait lieu de faire la résection d'une portion du maxillaire inférieur, ce qui fut fait, et le malade guérit radicalement. On a pu constater à nouveau, après l'opération, que la tumeur était constituée par de l'os et rien que de l'os.

M. Trélat fait remarquer à ses élèves que, dans ce cas encore, le diagnostic exact était difficile. Et s'il avait été prévenu de l'existence d'une pareille tumeur, il aurait borné son opération à l'ablation du néoplasme, et respectant ainsi le corps de l'os maxillaire.

Quant à l'origine, ou plutôt à la cause de ces vives souffrances et qui justifiaient l'intervention opératoire, elle fut méconnue.

Observation III (Letenneur).

Ostéome de la mâchoire inférieure gauche. In Société de chirurgie, 15 juillet 1874, p. 437.

(Cette observation est entièrement semblable aux précédentes.)

Fille, âgée de 21 ans, domestique, née à Clion (Loire-Inférieure), entrée à l'hôpital Hôtel-Dieu de Nantes, salle de clinique, le 8 juillet 1873. Etat général très bon.

Au mois de juin de l'année précédente, elle ressentit des douleurs sourdes dans le côté gauche de la mâchoire. Ces douleurs devinrent bientôt plus vives et elles ressemblaient assez bien à celles que cause une dent malade. Elles présentèrent en outre un caractère intermittent fort remarquable. Elles duraient en général cinq à six jours et se calmaient complètement pendant une semaine, pour reparaître ensuite.

Ce n'est qu'au mois de septembre, c'est-à-dire trois mois après l'apparition des premières douleurs, qu'un peu de gonflement se manifesta vers l'angle de la mâchoire. Ce gonflement augmenta peu à peu par sortes de poussées correspondant aux crises de douleurs.

Enfin, les souffrances devenant assez violentes pour troubler le sommeil, et le visage ayant perdu sa régularité, Marie R... consulta un médecin qui nous l'adressa. Chose singulière! Cette fille, qui n'a encore que trois dents de sagesse, les deux de la mâchoire supérieure et celle correspondant au côté malade de la mâchoire inférieure, ne s'est point aperçue de l'apparition de ces dents et ne peut nous dire par consé-

quent si la dent de sagesse de la mâchoire inférieure s'est montrée au moment où se manifestèrent les douleurs dont nous avons parlé. Cette coïncidence nous paraît cependant d'autant plus probable, que du côté droit la dent de sagesse soulève la gencive et paraît sur le point d'achever son évolution.

Au moment où nous examinons la malade pour la première fois, voici ce que nous constatons : la dernière crise de douleurs est passée depuis plusieurs jours. Il existe à la région massétérine, c'est-à-dire sur la branche maxillaire du côté gauche, une tumeur du volume d'un œuf de poule. Elle est régulièrement arrondie, lisse, d'une dureté osseuse, se confondant par une large base avec l'os maxillaire et recouverte par le masséter qui, soulevé et distendu, se contracte avec difficulté. La peau qui recouvre la tumeur a sa couleur normale et est parfaitement libre de toute adhérence. En pressant la tumeur, on ne réveille pas de douleurs. L'articulation temporo-maxillaire est saine. La dent de sagesse, très saine, est placée à la même hauteur que la grosse molaire voisine, mais un peu déjetée en dehors. A la base de cette dent, l'alvéole paraît avoir en dedans et en dehors un volume un peu exagéré. A sa surface interne, le maxillaire inférieur au-dessous de la dent ne présente aucun gonflement; en dehors, au contraire, on sent manifestement que la tumeur vient se terminer par une pente insensible jusqu'à l'alvéole.

Autour des dents voisines, l'os maxillaire est parfaitement normal. Ainsi, hyperostose de l'alvéole qui contient la dent de sagesse et, à partir de ce point, tumeur osseuse, qui acquiert tout son développement sous le muscle masséter.

Quelle était la nature réelle de cette tumeur? On pouvait songer à un odontome radiculaire; mais alors la tumeur se serait développée moins loin de l'arcade alvéolaire et l'écartement des deux lames de l'os se serait fait sentir en dedans comme en dehors. Je m'arrêtai en conséquence à la pensée qu'il s'agissait d'un ostéome ayant son siège sur la lame externe du maxillaire et ayant pour cause un trouble de nutrition provoquée par l'évolution de la dent de sagesse.

La dureté éburnée de la tumeur ne permettait pas de compter sur une diminution de volume, même après l'avulsion préalable de la dent. Tous les fondants internes ou externes auraient été employés en pure perte. D'un autre côté, cette tumeur augmentait de volume et l'on pouvait prévoir qu'un moment arriverait où toute l'épaisseur de l'os pouvait être envahie et où le condyle pouvait être atteint. L'ex-

pectation offrait donc des dangers. La malade d'ailleurs, désirait l'opération.

Elle fut pratiquée le 15 juin. Pour éviter la difformité résultant des incisions faites sur le côté de la face, j'incisai la lèvre inférieure sur la ligne médiane et je conduisis mon incision depuis le menton jusqu'à un centimètre au-dessus de l'angle de la mâchoire en suivant toujours le côté interne du bord de l'os. Le lambeau fut détaché avec le bistouri jusqu'au niveau de la tumeur. Là, elle fut circonscrite dans sa partie antéro-inférieure par une incision portant de l'intervalle qui sépare la dent de sagesse de la dent voisine et intéressant le périoste. A l'aide d'une spatule, je mis la surface osseuse à nu en décollant le périoste et en détruisant les insertions du masséter. Le lambeau fut soulevé avec des crochets mousses. Je commençai alors par arracher la dent de sagesse qui avait trois racines. Cette dent, comme je l'ai dit plus haut, était parfaitement saine. Alors commença la partie laborieuse de l'opération. La tumeur, mal circonscrite et ressemblant, comme l'a dit O. Weber, à un cal très solide, fut attaquée d'abord par le perforateur, plusieurs trous furent creusés à petite distance les uns des autres vers la circonférence de la tumeur; puis, avec la gouge et le maillet, je cherchais à réunir ces ouvertures et à faire sauter les parties comprises entre elles. Je ne pus obtenir à la fois que des fragments de 5 à 8 millimètres, tant le tissu osseux était dur. Cette partie de l'opération dura une heure environ. J'obtins, à force de travail, une surface plane très régulière formée par la face profonde de la lame interne du maxillaire; le canal dentaire ne fut pas ouvert. Toute la paroi externe de l'alvéole très hyperostosée fut enlevée avec la tumeur. L'incision des parties molles fut réunie au moyen de 15 épingles fines, entre lesquelles on groupa les fils placés sur les artères.

A la suite de cette opération, la malade se plaignit de vives douleurs à la gorge et de dysphagie. Ces phénomènes avaient pour cause l'action du chloroforme sur la muqueuse buccale et pharyngienne, car nous avions dû faire respirer une grande quantité de chloroforme pour maintenir une anesthésie suffisante pendant cette longue opération.

Au mois d'octobre, il y avait un peu d'empâtement dans les parties molles.

3 mai 1874. Dix mois après l'opération, guérison complète, pas de gonflement des parties molles. La surface du maxillaire est parfaitement plane. Il n'y a plus de trace d'ostéome, et n'était la cicatrice li-

néaire de la peau, rien ne rappellerait la maladie et l'opération. Cependant, il y a un incident à noter. Dans le courant de mars et au commencement d'avril, elle avait été prise de douleurs atroces dans la mâchoire avec un gonflement notable de la joue. Les conseils d'un guérisseur mystérieux firent disparaître les douleurs et le gonflement. Que s'était-il passé? Nous ne devons pas oublier que, pendant le développement de l'exostose que j'ai enlevée, la malade avait eu des accès intermittents de douleurs dans la mâchoire avec gonflement des parties molles recouvrant la tumeur. C'est une simple névralgie.

Observation IV (Baudon).

Exostose diffuse du maxillaire inférieur. In Société de chirurgie, T. IV, p. 192.

Garçon de 18 ans, de forte constitution. Il a vu apparaître, il y a 7 à 8 ans, sur la partie moyenne de la branche droite du maxillaire, une tumeur dure, douloureuse au toucher, à la pression et même spontanément, qui, depuis ce temps. n'a cessé de s'accroître et de s'étaler.

Au moment de l'examen, en août 1877, la tumeur primitive, située au niveau de la deuxième molaire droite, est grosse comme un petit œuf; elle s'étend à droite jusqu'à la branche montante du maxillaire, à gauche jusqu'au niveau de la deuxième molaire. L'hypertrophie, marquée surtout sur la face externe du maxillaire, est cependant très apparente sur la face interne. L'os paraît hypertrophié en masse, avec saillie très prononcée au niveau de la deuxième molaire droite.

Cependant, c'est bien une tumeur osseuse, l'ostéome des adolescents.

Opération le 15 septembre 1877. J'enlevai donc toute la surface de la tumeur qui, en certains points, était d'une dureté éburnée, et j'appliquai sur toute la surface mise à nu une épaisse couche de pâte de canquoin que je laissai pendant cinq heures. La couche d'os mortifiée se détacha progressivement et, après cinq mois, la chute des séquestres paraît à peu près complète. Je ne pense pas que la partie mortifiée ait atteint plus d'un millimètre d'épaisseur.

Pour arriver jusqu'à l'os, je fis le long du bord inférieur une incision allant du bord antérieur du masséter jusqu'aux limites de la tumeur; l'artère faciale ne fut pas divisée et, en relevant les tissus, je pus découvrir presque toute la tumeur sans ouvrir la cavité buccale.

Les suites de l'opération furent simples. Pas d'hémorrhagie, peu de fièvre. Après quelques semaines, de petits séquestres commencent à se détacher. Le 15 janvier, quatre mois après l'opération, les séquestres qui recouvrent la partie de l'os en contact avec la pâte de canquoin commencent à s'ébranler et sont détachés en grande partie le 12 février.

Il paraît exister encore quelques séquestres détachés à l'angle postérieur de la plaie, mais la difficulté de porter un stylet jusque sur eux m'engage à les abandonner à eux-mêmes. Il reste encore deux ou trois points fistuleux.

Dans cette opération, j'ai enlevé toute la partie de la tumeur qui était accessible à l'instrument (gouge). Supérieurement, j'ai dû m'arrêter pour ne pas ouvrir la cavité buccale et pour ménager les alvéoles et les dents, ce qui fait que le bord alvéolaire est aujourd'hui en saillie sur le reste de l'os. Du côté de la face interne, le maxillaire est hyperostosé, mais il m'était impossible d'attaquer l'os de côté sans produire des délabrements dangereux.

Aujourd'hui, voilà bientôt six mois que l'opération a été faite, l'hypertrophie paraît enrayée, et il y a lieu de penser qu'à la suite de la perturbation apportée dans la nutrition du maxillaire, les parties hypertrophiées se résorberont petit à petit comme cela a déjà été observé pour d'autres exostoses.

Cette observation est très incomplète. L'auteur ne nous renseigne pas suffisamment sur l'état et le nombre des dents ; il ne décrit pas le bord alvéolaire, et l'examen du tissu de la tumeur manque, ce qui tient au procédé d'enlever la tumeur par la pâte de Canquoin.

D'autre part, la saillie de la face interne de l'os maxillaire semble plutôt indiquer un écartement des deux lames de celui-ci, et si nous ajoutons à cela la durée longue de l'affection ainsi que la saillie en un point circonscrit du rebord alvéolaire, on est autorisé peut-être à la faire rentrer dans un autre groupe de tumeurs que celui qui nous occupe. Aussi, bien que l'auteur la donne comme un ostéome des adolescents, nous n'avons

rapporté ici cette observation que comme négative et ayant de l'enseignement seulement pour le diagnostic.

Quant Broca s'occupait des odontomes, il a relevé dans les auteurs plusieurs de ces erreurs ; elles ne doivent plus, par conséquent, se renouveler aujourd'hui.

Observation V (A. Vittadini).

Hypertrophie considérable du maxillaire inférieur chez une jeune fille.

In Annali universali di medicina. Vol. 239, p. 219, 1877.

Entre toutes les altérations osseuses qu'il a été donné à l'auteur de rencontrer pendant une pratique de plus de vingt ans, celle qui l'a le plus vivement ému est l'altération osseuse suivante. Aussi s'est-il décidé à la rendre publique. Son développement lent et progressif, sa nature toujours méconnue, les opinions variées qu'elle a suscité parmi des collègues très distingués, l'inutilité de tous les traitements généraux et locaux tentés pour enrayer sa marche, le grand développement qu'elle a atteint en peu d'années, voilà les raisons qui, croit-il, rendent intéressante l'histoire clinique de ce cas.

Thérèse Sottoletti, âgée de 26 ans, née de parents morts à un âge avancé, le père d'apoplexie cérébrale, la mère de cachexie sénile, est de constitution robuste, laborieuse et sobre, et a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 20 ans. A cette époque, elle fut atteinte d'une conjonctivite catarrhale rebelle, dont elle guérit pourtant bien.

En août 1871, vingtième année de son existence, elle entre à l'hôpital de l'endroit, pour une adénite sous-maxillaire diffuse ; après un long traitement local et général, elle en guérit, pas assez bien pourtant, pour qu'il ne lui restât pas un léger gonflement des parties molles sous-maxillaires, gonflement qui, les mois suivants, se circonscrivit de plus en plus au bord inférieur du maxillaire inférieur.

En 1873, elle se marie, et deux ans après accouche d'un enfant bien pourtant. Du jour de son accouchement à celui de sa mort (survenue six mois après, à cet hôpital, par métropéritonite lente), sa santé allait toujours en se détériorant; cependant, l'affection du maxillaire demeurait stationnaire, au point que nous n'y pensions plus beaucoup. La mort de la malade me permit d'examiner l'état de la mâchoire, autant que je pouvais le faire en respectant les exigences du vulgaire qui ne se rend pas compte des exigences des hommes d'études. Dans le rapide examen qu'il nous fut permis de faire, je reconnus que les os de la tête ne présentaient, à leur aspect extérieur, aucun indice d'hypertrophie, aucune tumeur, que la peau qui couvrait le maxillaire inférieur ne présentait aucune altération, soit dans sa couleur, soit dans son épaisseur. Elle n'adhérait en aucun point à la surface de la tumeur. Lorsque la mâchoire fut désarticulée et dépouillée des parties molles, nous vîmes que le périoste de toute la mâchoire était de couleur rougeâtre et un peu tuméfié; on pouvait facilement le détacher de l'os. Quand j'eus achevé cette dénudation, je reconnus bien vite que l'altération était dans un degré avancé. C'est surtout le corps de la mâchoire qui est tuméfié, sa surface antérieure s'élève notablement au-dessus du niveau du bord alvéolaire. Son angle est de même assez proéminent. Le poids du maxillaire est de 263 grammes, à peu près le double de la normale. A un examen plus attentif, on voit que la face antérieure du maxillaire est inégale et qu'elle est plus saillante le long de la ligne médiane horizontale (probablement oblique externe) qu'au-dessous et au-dessus de cette ligne. Le trou mentonnier droit a disparu et il ne reste qu'une légère trace du gauche. Si on enlève le périoste, l'os se présente avec une couleur rougeâtre, due à un pointillé hyperhémique de la substance compacte. La tuméfaction de l'angle et la saillie considérable que celui-ci faisait vers le bas, devaient contribuer à déformer la malade. Le corps du maxillaire est accru aussi sur sa face interne, mais ici d'une façon uniforme. On note la disparition complète de la ligne oblique interne et des fossettes des glandes sous-maxillaire et sous-linguale.

Le bord alvéolaire, par opposition, est régulier. Les dents, au nombre de quatorze, les deux dernières molaires manquant, sont saines et serrées l'une sur le flanc de l'autre. La branche montante du maxillaire est saine, bien qu'un peu grossie dans son corps et dans son condyle, d'où il suit que l'excavation sigmoïde est peu prononcée et

l'apophyse coronoïde un peu plus grosse qu'à l'état normal et peu saillante. Le col du condyle lui-même est un peu grossi. En outre, sur la surface interne de la branche horizontale, on observe que le sillon milohyoïdien est vertical plus qu'oblique. Le trou dentaire se voit bien.

Pour connaître la structure interne de l'os, nous avons pratiqué une coupe avec la scie et nous avons obtenu une surface totalement éburnée et d'aspect blanchâtre. A l'examen microscopique, on trouve que la substance fondamentale de l'os est lamellaire et en couches concentriques. Les corpuscules osseux sont très voisins, comme cela a lieu dans les hypertrophies concentriques du tissu osseux. Nous avons trouvé que la structure de cet os était plus campacte et son poids spécifique plus grand qu'à l'état normal. Son poids spécifique s'élevait en effet à 1738.

L'autopsie et l'analyse anatomique ont révelé que la mâchoire est tuméfiée par le fait d'une simple hypertrophie. Cette hypertrophie pourrait avoir un caractère scrofuleux, si on prend en considération le début de l'affection, l'adénite sous maxillaire, pour laquelle la malade était entrée à l'hôpital de Castelnuovo. Cette hypertrophie était parvenue à un degré si notable en peu de temps, parce qu'elle était accompagnée de poussées inflammatoires, comme le démontre la vive injection du périoste et de la surface antérieure du maxillaire.

Ce cas rare d'hypertrophie du maxillaire inférieur, bien qu'étant un accident isolé de l'affection qui a enlevé la malade, n'en est pas moins fort intéressant, à cause de sa pathogénie. Elle nous montre, en effet, comment quelquefois les os du crâne ont pu atteindre d'énormes dimensions. Ici l'auteur, faisant allusion à l'hypertrophie diffuse des os du crâne, cite quelques cas de cette affection appartenant à Sangalli et Gaddi.

Observation VI (Fleury, de Clermont-Ferrand.)

Malade présenté par Marjolin à la Société de chirurgie. T. X, p. 145, 1859.

Tumeur siégeant sur la partie gauche de la face et au-devant du conduit auditif externe, assez volumineuse, très dure, qui semble être

une exostose de la branche montante du maxillaire inférieur. Il y a environ cinq ans que le malade, qui est âgé d'une cinquantaine d'années et qui a une très bonne constitution, a vu l'affection se développer; les fondants et la cautérisation n'ont pas ralenti sa marche. Pendant les premiers temps, les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire sont restés libres ; mais aujourd'hui, par suite des progrès de l'affection, le malade en est réduit à l'usage d'aliments liquides, tant l'espace entre les deux arcades alvéolaires est limité. Quelle est la nature et le siège de cette tumeur? Quelles sont les indications à remplir? Telles sont les questions sur lesquelles M. Fleury demande des éclaircissements à la société.

Gosselin croit à une tumeur de la branche gauche du maxillaire inférieur. Quant à sa nature, il lui paraît difficile de la déterminer. L'indication première est d'ouvrir la bouche. Si, plus tard, le malade ne pouvait plus manger, il faudrait bien se décider à la résection de la branche du maxillaire.

Broca pense que c'est une exostose éburnée de la branche du maxillaire. Le bord antérieur de cette portion de l'os lui a paru gros et comme arrondi. L'introduction d'une aiguille à travers la peau pourrait servir à éclaircir le diagnostic.

Chassaignac croit aussi à une tumeur très-dure. La résection du maxillaire lui paraît très praticable; mais avant, il voudrait qu'on essayât d'ouvrir la bouche après avoir endormi le malade.

Velpeau. Il lui paraît très probable que la tumeur a pour point de départ la branche du maxillaire; mais comme il n'y a pas d'accidents graves en ce moment, il serait d'avis de temporiser jusqu'à nouvel ordre.

Observation VII. Warren (John C.).

Surgical observations on tumours. Londres, 1837, p. 3, planche VII.

L'exostose périostale est caractérisée par sa dureté, sa régularité, par sa croissance lente et par le manque de sensibilité. Le beau spécimen que je vous présente, situé sur la mâchoire inférieure, a environ deux pouces de diamètre et se trouve situé en avant et sur le côté droit de la mâchoire. C'est un os parfait, solide, pareil au corps de la mâchoire. Vous remarquez à sa surface de petites rugosités qui le distinguent de l'os sain. Les dents qui se trouvent au-dessus sont saines et la face interne du maxillaire n'est pas augmentée de volume. Le ma-

lade est mort d'une autre maladie et n'a jamais éprouvé beaucoup d'incommodité.

Quelque temps après, pendant un voyage, j'ai vu un fermier affecté d'une tumeur exactement semblable à la précédente et presque du même volume.

Mme A... (voyez pl. VII) avait depuis dix ans une tumeur de la mâchoire inférieure qui était située surtout du côté gauche. Elle s'étendait depuis la première petite molaire du côté droit jusqu'à la branche montante gauche de la mâchoire, comprenant ainsi toutes les quatre incisives, la canine et toutes les quatre molaires de ce côté. Aucune dent ne manquait. La tumeur fait proéminence à l'extérieur de la mâchoire et ressemble à un œuf. Sa dureté est comparable à celle du tissu osseux, elle est douloureuse, parfois seulement, et la parole ainsi que la mastication sont difficiles. Dernièrement elle a grossi rapidement. La patiente, de constitution délicate, n'a voulu accepter l'opération qu'après s'être convaincue de sa nécessité. Il expose les différentes phases de l'opération, qui était une résection dans la continuité de l'os, et conseille en pareil cas la résection partielle de l'os ou l'ablation simple de la tumeur.

Observation VIII (Heath).

Injuries and diseas of the jaws. London, 1868, p. 302, appendice 392, avec figure dans le texte.

L'exostose éburnée semble affecter de préférence l'angle de la mâchoire. Un bel exemple est conservé à l'hôpital Saint-Georges, et O. Weber montre une section d'une grande exostose éburnée dans la même région. Le plus bel exemple de ce genre pourtant se trouve au Collège des chirurgiens. La préparation (post mortem) montre la portion droite de la mâchoire inférieure avec une section d'une grande tumeur osseuse à son angle. Celui-ci se trouve englobé par la tumeur et dans quelques points leurs substances respectives sont continues: La tumeur se prolonge au-dessous et des deux côtés de la mâchoire. Elle est d'une forme irrégulière et présente 3 pouces dans son diamètre principal. Profondément noueuse, elle est composée entièrement de tissu osseux, d'une texture uniforme et aussi lourde et dure que la substance de l'ivoire (fig. 140, p. 304).

Il donne plus loin (voir Appendice) l'observation d'un ostéome de la mâchoire inférieure.

Le malade, âgé de 48 ans, avait une considérable difformité du côté droit de la face, résultant de la présence d'une tumeur, grande, dure et fortement résistante, occupant tout le côté droit de la mâchoire inférieure, de façon que celle-ci paraissait enveloppée par l'excroissance. Elle était très régulière à sa surface et d'une consistance osseuse uniforme. La partie supérieure se prolongeait au delà de l'apophyse zygomatique et la partie interne dans la bouche. Le malade raconte que cinq ans avant son entrée à l'hôpital, il s'était fait arracher une dent de la mâchoire inférieure du côté droit et que bientôt après une excroissance apparut de cette partie de la mâchoire, augmentant graduellement, mais n'occasionnant aucune douleur. Trois ans après l'apparition de la tumeur, il a été opéré en France, et on lui enleva alors la portion qui faisait le plus de saillie à l'extérieur. Depuis cette opération, l'excroissance grandissait graduellement.

Opération (résection dans la continuité). La mâchoire était difficilement mobilisable, à cause des irrégularités de la surface interne de la tumeur qui se prolongeait dans les muscles profonds, au-dessous de l'apophyse zygomatique et dans le muscle temporal.

La tumeur pèse, après macération, un peu plus de 7 onces et demi. Sa circonférence la plus grande mesure de 9 à 10 pouces. La surface est très irrégulière, noueuse et profondément fissurée dans les parties où les muscles étaient attachés à l'os. La surface de l'os apparaît saine au fond de ces fissures. La production morbide ne s'étend pas jusqu'à la symphise, mais enveloppe complètement le condyle de la mâchoire.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Anatomie et histologie normales. — Appareil sudoripare.

Physiologie. — Du rôle des diverses parties du cerveau.

Physique. — Thermomètre, thermométrie. Applications à la physiologie et à la pathologie.

Chimie. — Des fermentations.

Histoire naturelle. — Des tænias.

Pathologie externe. — Empoisonnement urineux.

Pathologie interne. — De la syncope.

Pathologie générale. — Des principes infectieux en médecine.

Anatomie et histologie pathologiques. — De l'altération du sang.

Médecine opératoire. — De l'opération de la taille.

Pharmacologie. — De l'iode.

Thérapeutique. — Des différentes voies d'absorption des médicaments.

Hygiène. — Différents procédés du chauffage.

Médecine légale. — Submersion,

Accouchements. — Des thrombus.

Vu, le président de la thèse,
V. TRELAT.

Vu bon et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GREARD.